

**Data de recebimento:** 20/11/2015**Data de Aceite:** 28/03/2016**Organização:** Comitê Científico Interinstitucional**Editora Científica:** Marcia Cristina Zago Novaretti**Editora Adjunta:** Lara Jansiski Motta**Avaliação:** Double Blind Review pelo SEER/OJS**Revisão:** Gramatical, normativa e de formatação

PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO NA CIDADE DE ANÁPOLIS – GOIÁS – 2012

RESUMO

A integralidade na atenção à saúde tem como uma de suas dimensões o acesso aos diversos níveis de densidade tecnológica do sistema, que abrangem unidades básicas, ambulatorios de especialidades e unidades hospitalares. A Unidade de Terapia Intensiva é o setor hospitalar que atende os pacientes que se encontram em risco de agravamento por condições que não puderam ser evitadas ou controladas. O presente trabalho tem como objetivo descrever o perfil de internações em unidades de terapia intensiva adultas, na cidade de Anápolis, Goiás, no ano de 2012. Trata-se de pesquisa descritiva, documental, retrospectiva, com abordagem quantitativa das informações. Os dados demonstram que a média de internações foi inferior a mil casos por ano, com prevalência do sexo masculino; as faixas etárias prevalentes corresponderam à fase adulta mais avançada e idosa; das três unidades analisadas, duas tiveram a média de permanência inferior à de outros estudos, com exceção de um hospital de urgências; os principais motivos de internação foram o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico e a Insuficiência Cardíaca Congestiva. A taxa de mortalidade foi superior à média encontrada na maioria dos estudos. Os resultados evidenciam o impacto da transição demográfica e epidemiológica na procura e utilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública; Morbidade; Mortalidade; Terapia intensiva.

PROFILE OF HOSPITALIZATION IN INTENSIVE CARE UNITS FOR ADULTS IN ANAPOLIS, GOIÁS - 2012

ABSTRACT

The entirety in health care has as one of its dimensions the access to the several levels of technological density of the system, which includes basic units and specialty hospitals and clinics. The Intensive Care Unit is the hospital sector for people at risk of worsening of conditions that could not be avoided or controlled whatsoever. This paper aims at describing the profile of hospitalizations in adult intensive care units in the city of Anápolis, Goiás, in 2012. It is a descriptive, documental and retrospective research with a quantitative approach to information. The data show that hospitalization average was lower than a thousand cases per year, mostly males; and the prevalent age groups corresponded to more advanced adulthood and elders; from the three analyzed units, two had a permanence average lower than other studies, except an emergency hospital; the main reasons for hospitalization were acute myocardial infarction, stroke and Congestive Heart Failure. The mortality rate was higher than the average found in most studies. The results point out the impact of demographic and epidemiological transition in demand and the use of health services.

Keywords: Public Health; Morbidity; Mortality; Intensive Care

Regina Ribeiro de Castro¹
Nelson Bezerra Barbosa²
Thiago Alves³
Estela Najberg⁴

¹ Mestre em Ciências Ambientais pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, Goiás (Brasil). Professora em Enfermagem pelo Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, Goiás (Brasil). E-mail: reginarc2008@hotmail.com

² Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, São Paulo (Brasil). Docente do Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional do Centro Universitário Alfa – Alfa, Goiás (Brasil). E-mail: nelsonbbarbosa@gmail.com

³ Doutor em Administração pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP, São Paulo (Brasil). Docente do Departamento de Planejamento e Administração Escolar do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná – UFPR, Paraná (Brasil). E-mail: thiagolves@ufpr.br

⁴ Doutora em Administração pela Fundação Getulio Vargas - EAESP-FGV, São Paulo (Brasil). Professora da Graduação e do Mestrado em Administração da Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia da Universidade Federal de Goiás – FACE-UFG, Goiás (Brasil). E-mail: estelanajberg@gmail.com

INTRODUÇÃO

Saúde e doença são condições humanas inerentes à vida. Inicia-se a vida a partir da concepção e segue-se com a expectativa de que o crescimento e o desenvolvimento humano ocorram sem anormalidades. Do nascimento às fases jovem e adulta, em condições normais a doença é ausente. Contudo, anormalidades genéticas, hereditárias e agressividades externas podem ocasionar doenças em qualquer fase da vida humana.

Ao viver de modo inadequado (sedentarismo, tabagismo, alcoolismo), ou mesmo em condições naturais de envelhecimento, queixas funcionais ou doenças (hipertensão, diabetes, cardiopatias, dores articulares, demência) tendem a aparecer. Diante desses fatos, evidencia-se a vulnerabilidade do ser humano às doenças e ressalta-se que a atenção à saúde é essencial em qualquer fase da vida.

Desse modo, grande parte da população brasileira ao necessitar de algum tipo de assistência recorre ao Sistema Único de Saúde (SUS). Um sistema de serviços de saúde de acesso universal, que atua em diferentes níveis de complexidade, com base nos princípios de integralidade, equidade e resolubilidade no atendimento ao usuário (Ministério da Saúde, 2007).

No SUS, o fluxo de paciente no âmbito do sistema é determinado pela complexidade de sua demanda e pelo nível de densidade tecnológica necessária ao atendimento de sua necessidade; esse fluxo é estruturado por mecanismos de referência organizados pelo sistema de regulação. Quando os níveis de atenção primário e secundário não dispõem dos recursos ao adequado atendimento do usuário, este é encaminhado a outros níveis assistenciais. Pode ser encaminhado a outros serviços de referência (atenção terciária) com especialidades diversas, como hospitais. As unidades hospitalares contam com diversas unidades de serviços capazes de prover atendimento ao usuário, entre elas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Unidade para a qual o paciente poderá ser encaminhado dependendo da gravidade do problema (Ministério da Saúde, 2007; Ministério da Saúde, 2011).

As internações hospitalares podem ocorrer por motivos estáveis e tratáveis em enfermarias ou quartos comuns, ou o estado do doente pode ser complexo, com risco de agravamento e morte, sendo a unidade de terapia intensiva (UTI) o local indicado para o suporte à vida. Na UTI são oferecidos cuidados profissionais especializados e recursos tecnológicos complexos (equipamento e tratamento sofisticado) nas 24 horas, para assistência e monitoramento do doente com objetivo de reverter a gravidade (Marini & Wheeler, 1999).

A Portaria do Ministério da Saúde que trata dessas unidades hospitalares (Portaria 3.432, 1998) conceitua unidade de terapia intensiva como setor

hospitalar destinado ao atendimento de pacientes em estado de risco ou gravidade, com assistência médica e de enfermagem em tempo integral, dispondo de equipamento, tecnologia e outros recursos específicos e adequados ao tratamento. A utilização de serviços de saúde é afetada por variações no perfil demográfico e epidemiológico da população em cada momento histórico.

A população brasileira apresenta nas últimas décadas mudanças na estrutura de crescimento, caracterizada de transição demográfica. No geral as estatísticas têm evidenciado a redução da natalidade, alta mortalidade da população jovem e o aumento na expectativa de vida, com alargamento da pirâmide nas faixas etárias que compreendem a população adulta e idosa (IBGE, 2010).

Ao perceber o aumento na expectativa de vida do brasileiro, surge a preocupação com o aumento na incidência de doenças não transmissíveis e crônicas na população adulta e idosa (Ministério da Saúde, 2011; IBGE, 2010; Cohn & Elias, 2003), que influencia a demanda por serviços de saúde. É uma situação que exige a atenção para ações no campo da promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que existem fatores de riscos modificáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo) nos hábitos de vida, de modo a evitar internações por causas evitáveis. A hospitalização por causas evitáveis se reflete em custos financeiros pessoais e para o SUS, além de levar a situações (complicações, sequelas) que interferem na qualidade de vida.

O aumento na expectativa de vida do brasileiro influencia a demanda por serviços de saúde. A elevada incidência de doenças não transmissíveis e crônicas na população de maior idade é proporcional à elevada busca por serviço de saúde e internação hospitalar. Em função do impacto sobre a qualidade de vida dos usuários, dos riscos inerentes a processos de internação prolongados e alto custo para o sistema, estudos voltados para UTI possuem alta relevância científica e política. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo a análise do perfil das internações nas UTIs adultas de Anápolis, em Goiás, no ano de 2012, período estabelecido por apresentar dados mais recentes e completos em relação ao ano de coleta (2013).

Além desta introdução, o artigo conta com um item referente aos procedimentos metodológicos adotados para coleta e análise dos dados. Segue-se a este um tópico com apresentação dos resultados referentes à internação segundo sexo, idade, motivo das internações e desfechos. O item seguinte trata da discussão desses resultados, tendo como referência trabalhos desenvolvidos em relação ao tema por outros pesquisadores. O último item abrange as considerações finais com observações sobre os resultados, sobre as limitações do estudo e sobre novas possibilidades de abordagem do assunto.

Procedimentos Metodológicos

Este artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação de Mestrado, defendida em 2014 e realizada com base na coleta, organização e análise de dados secundários extraídos de documentos (arquivos e livros) de internos de UTI adulta. É voltado ao estudo de prevalência dessas internações, com abordagem descritiva e quantitativa (Freitas e Moscarola, 2002).

Os locais de pesquisa foram os Hospitais Santa Casa de Misericórdia, de Urgência Henrique Santillo e Evangélico Goiano. São hospitais referências no município e na microrregião Pirineus para tratamentos especializados e cuidados intensivos aos usuários do SUS. A coleta de dados foi realizada no ano de 2013, referente à realidade encontrada em 2012.

O Hospital Geral Santa Casa de Anápolis é uma instituição de saúde especializada, com atendimento majoritário do SUS e em menor proporção ao sistema privado. Conta com 155 leitos destinados ao SUS, correspondendo a 87% da capacidade total dos 178 leitos existentes. Seu fluxo de clientela é de demanda espontânea e referenciada. Possui um complexo de terapias intensivas neonatal, pediátrica e adulta. Tem registrado na Unidade de Terapia Adulta tipo III1, 10 leitos, 8 SUS. É um estabelecimento de saúde filantrópico e privado, sem fins lucrativos, referência no município por oferecer atendimento do simples ao denso em tecnologia, com acessibilidade aos exames diagnósticos complexos (ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética...), e aos serviços de UTIs.

O Hospital de Urgência Dr. Henrique Santillo (HUHS) é um pronto-socorro geral, cuja esfera administrativa é Estadual e a organizacional é do Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Atende a média e alta complexidade, com o fluxo de clientela referenciada, principalmente por condições traumáticas graves, sendo atendidas integralmente pelo SUS. No total, possui 113 leitos, 18 desses são UTI adulto tipo II, habilitada no mês 10 de 2008.

O Hospital Evangélico Goiano é uma instituição de saúde privada que atende parte (45%) de usuários do SUS. Oferece atendimento espontâneo, referenciado e ambulatorial de média e alta complexidade, sob gestão municipal. No total são 180 leitos, sendo 81 para os usuários do SUS, tendo cadastrados 34 de UTI adulto tipo II, desses 15 SUS (Ministério da Saúde, 2012). Os responsáveis pelo ensino e pesquisa das instituições permitiram a coleta dos dados por assinaturas dos Termos de Instituição Coparticipante (TICP) e de Autorização para Utilização e Manuseio dos Dados (TAUMD). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UniEVANGÉLICA, com o parecer de número 198.187.

A coleta de dados foi realizada nos documentos de internação (livros censo e arquivos informatizados) de modo a formar um banco de dados com as seguintes variáveis: sexo, motivo da internação, desfecho (alta,

transferência, óbito), idade em anos e o tempo de permanência em dias.

Dos registros contendo o nome, obteve-se o sexo. A idade foi calculada a partir das datas de nascimento. Os registros que continham as datas de internação, alta, óbito ou transferência possibilitaram o cálculo do tempo de permanência. Após o cálculo do tempo de permanência, deu-se a classificação do resultado em dias.

Os registros de diagnósticos foram denominados de motivos de internação. Isso porque havia anotações de sinais, sintomas e procedimentos como exames e cirurgias. Esses motivos foram organizados, possibilitando a criação de uma extensa tabela com 223 elementos. Diante do grande número de motivos de internação, estes foram analisados segundo grupos de motivos por especialidade médica e os de maior prevalência conforme denominação na Classificação Internacional de Doenças-CID 10. No Hospital de Urgência os impressos disponibilizados não traziam os motivos específicos e sim especialidades médicas, que dessa forma foram analisados.

Quanto ao desfecho, foi possível identificar as variáveis alta e óbito. Os registros que identificaram como os destinos “transferências” e “encaminhamentos” foram classificados como desfecho de alta da UTI. Todas as variáveis com valores não identificados foram descritas como indeterminadas. Os registros foram codificados em números sequenciais, garantindo o sigilo e a confidencialidade das identidades dos usuários dos serviços, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, nos estudos envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 2.579 internações nas três UTIs analisadas, com expressiva maioria (49%) na UTI adulta do Hospital Evangélico Goiano (HEG) (15 leitos), com 296 internações a mais em relação ao Hospital de Urgências Henrique Santillo (HUHS) (18 leitos de UTI adulta) e 902 a mais em comparação com a Santa Casa de Misericórdia de Anápolis (SCMA – 4 leitos em 10 meses e 8 leitos por 2 meses), conforme descrição apresentada na tabela 1.

A UTI adulta da Santa Casa passou por um período de reforma de setembro de 2011 a outubro de 2012, funcionando com 4 leitos nesse período, o que representa metade da oferta de leitos no setor da unidade. Assim, o total de internações no ano de 2012 na Santa Casa esteve bem abaixo das registradas no mesmo setor dos outros hospitais.

Percebe-se, pelos dados da tabela 1, a prevalência do sexo masculino nas internações do Hospital de Urgências (62%) e Hospital Evangélico (53%). Apesar de o HUHS apresentar grande quantidade de internações por motivo clínico (figura 2),

observa-se também volume expressivo de internações por motivos cirúrgicos e ortopédicos devido ao trauma, o que leva a pensar na maior incidência de causas traumáticas no sexo masculino. O Hospital Evangélico no município de Anápolis é referência em tratamento cardíaco e neoplásico, obtendo maior participação nas internações pelo sexo masculino por motivos relacionados a esses problemas.

A Santa Casa no município é referência para os atendimentos clínicos eletivos e de urgência e emergência. Além disso, atende a população adulta em diversas especialidades, sendo referência em gestação de risco. O sexo feminino obteve participação superior, mas com diferença inferior a 0,5% do total (50,4%), tendo os motivos obstétricos participação nesse valor.

Tabela 1 - Distribuição das internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital de Urgência e Hospital Evangélico Goiano, segundo sexo, Anápolis-GO, 2012

Unidade de Saúde	Total de internações	Sexo*		
		Feminino	Masculino	Não identificado
Hosp. Santa Casa de Misericórdia	360	50,0%	48,9%	1,1%
Hospital de Urgências	969	37,7%	61,7%	0,6%
Hospital Evangélico Goiano	1.250	45,6%	53,7%	0,7%
Total	2.579	43,2%	56,0%	0,7%

Nota: (*) Percentual em relação ao total de cada hospital. Logo, o somatório das porcentagens de cada linha é igual a 100%

Fonte: Elaborada a partir dos dados coletados nos registros das UTIs adultas referentes ao ano de 2012

As internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital de Urgências representaram 13,8% e 37% do total de internações analisadas, respectivamente. No Hospital Evangélico Goiano estas representaram 49% do total. A UTI adulta desse hospital ofereceu 15 leitos para internações SUS (3 a menos que o HUHS), o que sugere uma rotatividade maior das internações.

A maior quantidade de internações por intervalo de idade, conforme apresentado na figura 1, esteve nos intervalos de 65 |74 anos, sendo a maior frequência observada no intervalo 70 |74 anos (10%). A idade média das internações foi de 59 anos. Na Santa Casa essa média foi de 61,8 anos e no HUHS foi de 56,7 anos.

Os intervalos de 55 a 84 anos de idade na UTI adulta da Santa Casa representaram a maior taxa de internação, somando 65% total. Nas UTIs 1 e 2 do HUHS as idades de 50 a 79 anos tiveram maior participação nas internações, somando 50% do total. A maior frequência esteve no intervalo 70 |75 anos. Evidencia-se a seguinte distribuição de internações, segundo as faixas etárias com maior demanda: muito jovem dos 14 aos 19 anos (3%), adultos jovens dos 20 aos 29 anos (10%), adultos de 30 aos 59 anos (38%) e idosos de 60 aos 89 (46%), conforme descrição apresentada no gráfico 1.

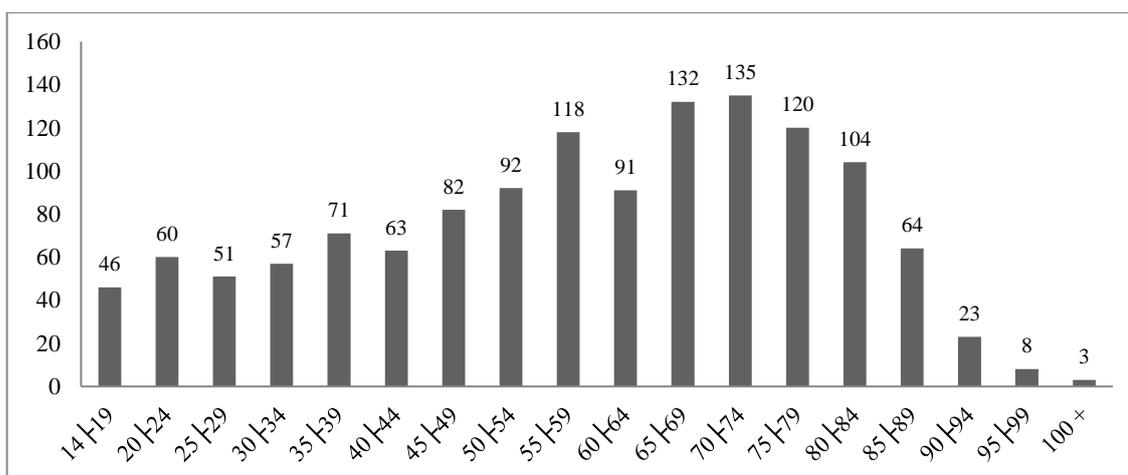


Gráfico 1 - Distribuição das internações por intervalos de idades, nas unidades de terapia intensiva adulta, Anápolis-GO, 2012.

Fonte: Elaborado a partir dos dados coletados nos registros das UTIs adultas referentes ao ano de 2012

Quanto à procedência das internações nas UTIs, foram analisados os dados referentes à Santa Casa e ao Hospital Evangélico. No HUHS essa informação não estava disponível nos documentos consultados. Ao analisar a procedência geral das internações na UTI adulta da Santa Casa, percebe-se que as de origem interna foram a grande maioria (87%), tendo o centro cirúrgico (31%) e o pronto-socorro (61%) maior frequência nos encaminhamentos. As internações por procedência externa totalizaram 13%, com maior participação do HUHS (8%), conforme descrito na tabela 2.

Ocorre situação semelhante às procedências das internações nas UTIs adultas da Santa Casa e do Hospital Evangélico, em que os setores internos foram à maioria nos encaminhamentos (tabelas 2), somando 88% das internações, com maior frequência de participação do centro cirúrgico (29%), pronto-socorro (26%) e enfermarias (21%). As procedências externas tiveram maior participação do Hospital Municipal Jamel Cecílio (HMJ) e do HUHS, com 3% de ocorrência de cada (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das internações por procedência geral de Anápolis e região, nas unidades de terapia intensiva adultas dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Evangélico Goiano, 2012.

Procedência	Hospital Evangélico		Hospital Santa Casa de Misericórdia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Interna	1.113	88,4	312	87,4	1.425	88,0
Hospital de Urgências Henrique Santillo	43	3,4	29	8,0	72	4,4
Hospital Municipal Jamel Cecílio	41	3,3	0	-	41	2,5
Indeterminada	31	2,5	5	1,4	36	2,2
Hospital Santa Casa de Misericórdia	15	1,2	0	-	15	0,9
Ceres	6	0,5	3	0,8	9	0,6
Goianésia	1	0,1	2	0,6	3	0,2
Alexânia	2	0,2	0	-	2	0,1
Unidade de Saúde Jardim Progresso	0	-	2	0,6	2	0,1
Hospital Nossa Senhora Aparecida	1	0,1	1	0,3	2	0,1
Pirenópolis	2	0,2	0	-	2	0,1
Banco de sangue	0	-	1	0,3	1	0,1
Goianápolis	0	-	1	0,3	1	0,1
Hospital de Queimadura	1	0,1	0	-	1	0,1
Hospital Santo Antônio	1	0,1	0	-	1	0,1
Nerópolis	1	0,1	0	-	1	0,1
*Unimed	1	0,1	0	-	1	0,1
Total	1.259	100,0	357	100,0	1.616	100,0

*Sociedade Cooperativa de trabalho médico

Fonte: Elaborada a partir dos dados coletados nos registros das UTIs adultas referentes ao ano de 2012

O tempo de permanência (TP), segundo portaria do Ministério da Saúde que trata do tema (Portaria 1.102, 2002), é utilizado nas estatísticas hospitalares como um dos indicadores de verificação de

produtividade por leitos e/ou especialidades de atendimento. Para estabelecer o tempo de permanência permitido nas internações SUS, este é classificado por quantidades de dias mínimo e máximo, de acordo com

a especialidade. Exemplos: cirurgia 3,9 a 5,6 dias; clínica 4,8 a 6,1 dias; lesões extensas 16 a 30,6 dias/ano por internação; sem referência a um tempo de permanência limite para internações em UTI.

Os dados referentes às permanências foram obtidos nas três UTIs adultas a partir das datas de internação e de liberação do paciente. O tempo de permanência calculado em dias variou de 1 a 207. A média de permanência calculada para três as UTIs adultas foi de 7,6 dias. O HUHS obteve a média de 13 dias, a Santa Casa de 5 dias e o Hospital Evangélico de 4 dias.

Para apresentação geral dos motivos de internação nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico foram estabelecidos grupos de motivos semelhantes aos tratados nas análises de internações do Departamento de Informática do SUS/MS – DATASUS 2012 (Ministério da Saúde, 2012). Somaram-se 223 grupos de motivos, destacando-se pela grande quantidade: as condições cardiovasculares (45%), as cirúrgicas (34%) e, em seguida, as respiratórias (12%), como apresentado no gráfico2.

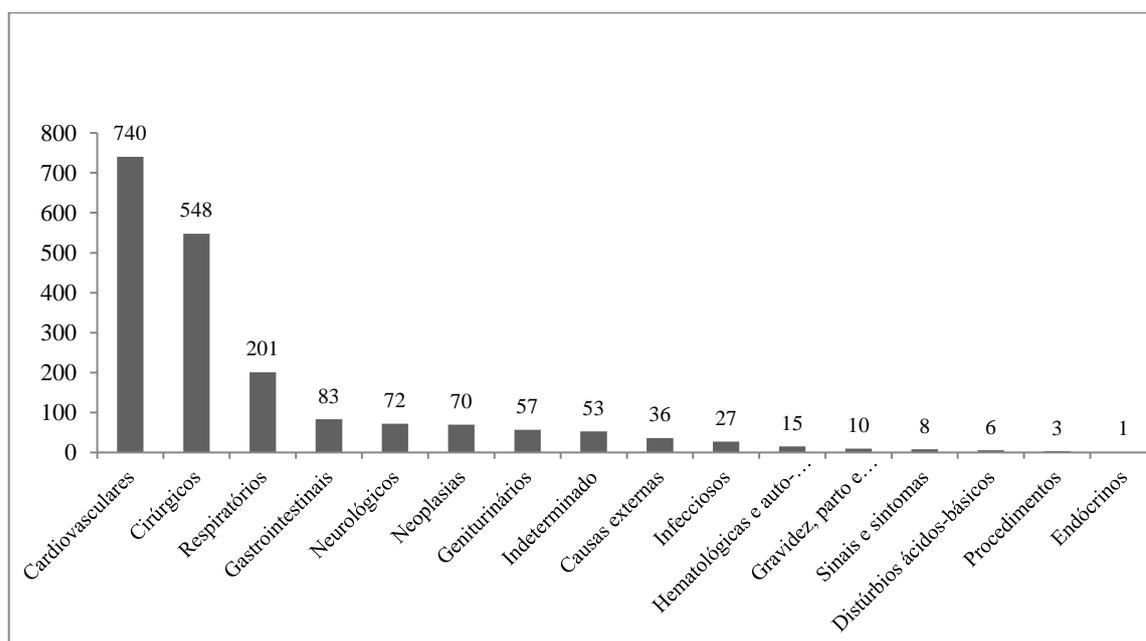


Gráfico 2 - Grupo de motivos das internações nas unidades de terapia intensiva adultas dos Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Evangélico Goiano, Anápolis-GO, 2012.

Fonte: Elaborada a partir dos dados coletados nos registros das UTIs adultas referentes ao ano de 2012

Nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico foi registrado o total de 1.626 internações. Os motivos clínicos foram maioria (53%), os motivos cirúrgicos 37%, os indeterminados somaram 3% e os procedimentos e exames representaram 0,1%. Calculou-se que 31% dos motivos tiveram participação acima da média de ocorrência (7 internações por grupo de motivo). Os motivos com maiores frequências foram: o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM = 7%), seguido do Acidente Vascular Encefálico (AVE = 6%) e da Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC = 5%).

Como no HUHS, não foi possível identificar o motivo direto da internação na UTI adulta, utilizou-se o dado disponível, denominado especialidade médica. Constatou-se que os motivos mais frequentes foram: os

clínicos (51%), os cirúrgicos (24%) e os neurológicos (15%). Acredita-se que grande parte dos atendimentos considerados cirúrgicos e neurológicos seja de causas traumáticas, uma vez que o HUHS é referência de atendimento ao trauma no município de Anápolis.

Como desfechos das internações nas UTI foram estabelecidas as variáveis: alta, óbito e indeterminado. A quantidade total de óbitos nas UTIs adultas da Santa Casa, Hospital Evangélico e HUHS foi 799, ou seja, 31% em relação ao total de internações (tabela 3). A Santa Casa apresentou o maior percentual de óbitos (48%), seguida do HUHS (36%) e do Hospital Evangélico (22%). Observa-se a grande prevalência de alta (68%), em relação ao total das internações (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos desfechos das internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico e Hospital de Urgências, Anápolis-GO, 2012.

Unidade de Saúde	Total de internações	Desfechos		
		Alta	Óbito	Indeterminado
Hosp. Santa Casa de Misericórdia	360	49,2%	47,5%	2,5%
Hospital de Urgências	969	63,4%	36,0%	0,0%
Hospital Evangélico Goiano	1.250	77,0%	22,3%	1,4%
Total	2.579	68,0%	31,0%	1,0%

Fonte: Elaborada a partir dos dados coletados nos registros das UTIs adultas referentes ao ano de 2012

Os motivos prevalentes (acima de 20 ocorrências) nos desfechos em óbito foram: o Acidente Vascular Encefálico (13%); Neoplasias (8%); a Insuficiência Respiratória Aguda (IRPA – 8%); a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC – 7%); a Pneumonia (PNM – 6%); e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM – 5%). Analisando somente os óbitos, os motivos com maior frequência nesse grupo foram: Neoplasias (74%), a Parada cardiorrespiratória (PCR – 68%) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC – 57%). No HUHS, a especialidade com maior destaque na ocorrência de óbito foi a clínica, com 42% dos óbitos em relação ao total de óbitos (349), nas UTIs adultas 1 e 2 desse hospital.

A média de permanência das internações que evoluíram a óbito foi de 7 dias, com desvio padrão em relação a média de 12 dias. As permanências no intervalo de 1 a 4 dias representaram 58% do total dos óbitos. Do total de óbitos, 27% estiveram com tempo de permanência acima da média.

DISCUSSÃO

A elevada demanda por atendimentos do setor de saúde interfere na disponibilidade de leitos, fato que se agrava nas internações com longa permanência, podendo o usuário necessitar de vaga para internação e não encontrar. Como observado neste trabalho, dois hospitais com especialidades clínicas obtiveram a média de 4 dias de permanência, o que demonstra menor tempo na ocupação do leito comparado a outros estudos (Oliveira, 2010; Oliveira, Dias, Mello, Araújo, Dragosavac & Nucci, 2010) e maior rotatividade nas internações.

A média de tempo de permanência obtida nos três estabelecimentos (7, 6 dias) demonstrou convergência com outros estudos que revelaram uma média de permanência entre 6,5 e 9,5 dias (Oliveira, 2010; Oliveira, Dias, Mello, Araújo, Dragosavac & Nucci, 2010). Entretanto, quando analisadas de forma desagregada, as unidades que não atendem ao trauma apresentaram média menor. No caso do Hospital de

Urgências, com tempo médio de permanência de 13 dias, foi observado que a permanência em UTI adulta que atende às vítimas de traumas apresenta maior média de tempo, comparativamente às outras duas unidades. Situação compatível com a encontrada em outro trabalho que explorou essa relação¹².

Como verificado nesta pesquisa, estudos semelhantes apresentaram a prevalência de internações para o sexo masculino, com porcentagens variando de 52% a 67% (Feijó, Leite Júnior, Martins, Furtado Júnior, Cruz & Meneses, 2006; Cabral, Teixeira, Oliveira & Azzolin, 2009; Laizo, Delgado & Rocha, 2010; Oliveira, Dias, Mello, Araújo, Dragosavac & Nucci, 2010). Pode-se inferir, a partir desse dado, que a população masculina encontra-se mais vulnerável e que as causas das internações desta devem ser mais bem acompanhadas pela atenção primária, bem como por intervenções de corte intersetorial, no sentido de trabalhar o controle de riscos e a prevenção de doenças, bem como as complicações à saúde do homem.

As internações do HUHS mostraram maior prevalência do sexo masculino. Outros estudos com o perfil de atendimento ao trauma evidenciaram o mesmo, com porcentagens variando de 77% a 80% de internações do sexo masculino (Domingues, 2008; Nogueira, 2008). A maior quantidade de internações da população masculina nas UTIs adultas de urgência demonstra que os traumas (causas externas e acidentes de trânsito) são condições de risco nessa população. Entende-se que não basta somente identificar os motivos, mas buscar conhecer as causas iniciais para atuar de forma intensificada na promoção da saúde e prevenção dos riscos.

Outro estudo sobre fluxo das internações (Oliveira, 2010) demonstrou que grande parte das internações em UTI adulta é de procedência interna, principalmente do centro cirúrgico e pronto-socorro, portanto, convergente com os dados encontrados neste trabalho. Assim sendo, o doente adentra ao hospital e após o primeiro atendimento é encaminhado à UTI. Quanto às procedências do centro cirúrgico, tem-se que

a UTI é um setor de suporte para vida em momentos transitórios de recuperação cirúrgica e não somente para doente em fase terminal. Já os encaminhamentos do pronto-socorro demonstram que a UTI é essencial para a manutenção da vida e recuperação da saúde do doente em estado grave.

Em relação ao perfil etário, outros estudos (Cabrera, 2008; Feijó, Leite Júnior, Martins, Furtado Júnior, Cruz & Meneses, 2006; Oliveira, 2010; Oliveira, Dias, Mello, Araújo, Dragosavac & Nucci, 2010) demonstraram, assim como observado neste, que a população com 60 anos e mais é prevalente nas internações em UTI. A idade avançada é um fator comum nas internações de UTI, cuja frequência oscila de maioria para a grande maioria das internações de pessoas com idades \geq a 60 anos. Desse modo, observa-se que, com o aumento na expectativa de vida (Cohn & Elias, 2003; Ministério da Saúde, 2011) e maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis, torna-se necessário preocupar-se com a qualidade de vida da população de maior idade, bem como o estímulo para a adesão a hábitos de vida saudáveis desde cedo.

O IAM, o AVE e a ICC foram morbidades cardiovasculares prevalentes neste e outros estudos^{10, 14, 18} e principais motivos que influenciaram os desfechos culminaram em óbito. Ciente da gravidade dessas morbidades, percebe-se que o cuidado com a saúde cardiovascular deve ser incentivado, orientado e bem acompanhado nos serviços de atenção primária, ofertando atendimento universal, integral e resolutivo como preconizado pelo SUS, reduzindo-se, assim, custos sociais e financeiros.

Quanto aos desfechos, evidenciou-se alta sobrevida para os usuários das UTIs adultas. A média de desfechos em óbitos de outros estudos apresentou taxa de 24% (Cabral, Teixeira, Oliveira & Azzolin 2009; Cabrera, 2008; Oliveira, 2010; Oliveira, Dias, Mello, Araújo, Dragosavac & Nucci, 2010). Neste, a taxa de mortalidade esteve acima da média encontrada nos estudos de referência, mostrando ser importante a investigação das condições ligadas às ocorrências de óbitos, com o objetivo de reduzir as mortes por condições evitáveis.

Ainda com relação aos óbitos, 27% das internações com esse desfecho permaneceram mais de 8 dias nas UTI, a maioria do sexo masculino. O tempo de permanência prolongado constitui um indicador de complicação, o que pode elevar a taxa de mortalidade no setor (Matsui, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas variáveis que caracterizaram as internações nas UTIs adultas de Anápolis. A média de internações foi inferior a mil no ano, com a prevalência do sexo masculino, principalmente no HUHS, referência para vítimas de

trauma. As faixas de idade mais presentes corresponderam à fase adulta mais avançada e ao idoso, sendo a média de permanência inferior à apresentada nos estudos de referência, com exceção dos estabelecimentos de saúde de atendimento ao trauma, que teve esse valor consideravelmente maior. As procedências internas foram a grande maioria, com maior frequência das unidades centro cirúrgico e pronto-socorro; os motivos prevalentes foram o IAM, AVE e a ICC; a taxa de mortalidade de 31%, sendo as causas mais frequentes de óbito o câncer, a IRPA, a ICC e o AVE.

Os resultados evidenciam o impacto da transição demográfica e epidemiológica na procura e utilização dos serviços de saúde. Enfatizando que a população acima dos 55 anos constituiu a maioria das amostras estudadas e que as doenças crônicas degenerativas são muito presentes nessa faixa etária e também prevaleceram nas internações. A exposição dessa população à maior probabilidade de internações por condições evitáveis de desvio na saúde mostra que a atenção básica deve estar atuante na promoção de saúde e prevenção das doenças de maior prevalência, bem como ofertando o acompanhamento e o tratamento efetivo de acordo com a demanda existente.

Ressalta-se a importância da comunicação entre os níveis básicos e terciários de saúde, utilizando para propostas de melhorias no atendimento as análises de dados de internação. Para que haja eficiência nas estatísticas e pesquisas com dados de internação geral e de UTI é necessário que os mesmos sejam registrados com uma linguagem (na saúde) padronizada e organizada, de forma mais completa possível. Sugerem-se os seguintes itens no registro de internação: data e hora de internação; nome completo, sexo, data de nascimento, endereço completo, telefone, motivo(s) da internação, desfecho com data e hora; assinatura do responsável pelo preenchimento.

Outras abordagens utilizando dados de internação em UTI adulta, envolvendo informações acerca do endereço dos usuários e da oferta de serviços básicos de saúde, favoreceriam uma melhor identificação dos problemas e uma maior capacidade resolutiva nos atendimentos de saúde no município. Além de identificar os setores de moradia em que a população apresenta maior prevalência nas internações, que muito contribuiria para o mapeamento de riscos existentes e as possíveis medidas de controle sobre estes. Dessa forma, os serviços de atenção à saúde poderiam melhor ordenar suas práticas e processos de trabalho para melhor atendimento à população de risco e vulnerabilidade.

Uma das limitações enfrentadas nesta investigação foi a (in)disponibilidade de dados organizados nas unidades investigadas. Apenas uma das unidades hospitalares possuía um sistema informatizado para o registro dos dados de pacientes internados na UTI. Os demais contavam, à época, com

registros manuais feitos em livros. Esse fato obrigou a uma coleta manual que comprometeu boa parte do tempo referente ao levantamento dos dados.

Outros estudos poderiam ampliar a base de dados, investigando outros hospitais do Estado de Goiás, bem como de outras regiões do país.

REFERÊNCIAS

Cabral, C. R., Teixeira, C., Oliveira, R. P., Hass, J. S., Azzolin, K. O. (2009). Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v.21, n.1. Obtido em 15 de set. de 2012 do URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbti.pdf>.

Cabrera, L. S., Sánchez-Palacios, M., Medina, E. H., Robaina, P. E., Villanueva-Hernández, Á. (2008). Características y pronóstico de los pacientes mayores con estancia muy prolongada en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. Intensiva*, v.32, n.4. Obtido em 20 de jan. de 2015 do URL: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php>.

Cohn, A., Elias, P. E. M. (2003). *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 4ª ed. São Paulo: Cortez.

Domingues, C. A. (2008). Probabilidade de Sobrevida: comparação dos resultados do trauma [tese]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo.

Feijó, C. A. R., Leite Júnior, F. O., Martins, A. C. S., Furtado Júnior, A. H., Cruz, L. L. S., Meneses, F. A. (2006). Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v.18, n.1. Recuperado em 23 de jun. de 2015 de URL: <http://www.amib.org.br/rbti/download.pdf>.

Freitas, H., Moscarola, J. (2002). Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. *Revista de Administração de Empresas*, v.1, n.1. Recuperado em 06 de nov. de 2014 de URL: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Obtido em 07 de dez. de 2012 do URL: http://www.ibge.gov.br/home/noticia_visualiza.php.

Laizo, L., Delgado, F. E. F., Rocha, G. M. (2010). Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, v.25, n.2. Recuperado em 10 de nov. de 2012 de URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv.pdf>.

Marini, J. J., Wheeler, A. (1999). *Terapia intensiva: o essencial*. Trad. Marcos Ikeda. 2ª ed. São Paulo: Manole.

Matsui, M. (2008). Identificação das variáveis associadas à mortalidade de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto [dissertação]. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual de São Paulo: São Paulo.

Ministério da Saúde. (2007). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS, Série Progestores*, livro 9. Recuperado em 10 de nov. de 2012 de URL: <http://saude.gov.br/dab/docs/sus.pdf>.

Ministério da Saúde. (2012). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) – Informações em Saúde. Recuperado em 12 de nov. de 2013 de URL: <http://www.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe.def>.

Ministério da Saúde. (2011). *Doenças crônicas não Transmissíveis*. Recuperado em 20 de nov. de 2012 de URL: http://www.saude.gov.br/portal/visualizar_texto.cfm.

Portaria nº 1101/GM. (2002, 12 de junho). Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. DF: Ministério da Saúde. Obtido em 20 de nov. de 2012 do URL: <http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>.

Portaria nº 3.432. (1998, 12 de agosto). *Classificação das Unidades de Terapia Intensiva*. DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 de jan. de 2013 de URL: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/pdf.

Nogueira, L. S. (2008). *Gravidade das vítimas de trauma admitidas em Unidades de Terapia Intensiva: estudo comparativo entre diferentes índices [tese]*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo.

Oliveira, A. B. F., Dias, O. M., Mello, M. M., Araújo, S., Dragosavac, D., Nucci, A. (2010). Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, v.22, n.3. Recuperado em 25 de jun. de 2012 de URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext.

Oliveira, V. C. R. (2010). Estudo comparativo das condições clínicas de adultos, idosos e muito idosos internados em unidade de terapia intensiva [dissertação]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: São Paulo.